

**КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ  
С ЭОЗИНОФИЛЬНЫМ КОЛИТОМ***Викулова А.В.<sup>1</sup>, Масалова Е.В.<sup>1</sup>, Хвощёв А.В.<sup>1</sup>, Гавриленко Л.А.<sup>2</sup>, Немцов Л.М.<sup>1</sup>*УО «Витебский государственный медицинский университет»<sup>1</sup>УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр»<sup>2</sup>

**Введение.** За последние 10-15 лет значительно увеличилось число сообщений об «эозинофильном колите» (ЭК), который диагностируют в случае выявления эозинофильной инфильтрации слизистой толстой кишки [1-3].

Первичная форма ЭК была предметом менее сотни сообщений о случаях заболевания. Точная этиология первичного ЭК остается неясной [3]. Как правило, эозинофильная плотность в толстой кишке (colonic eosinophil density) увеличивается при различных нарушениях желудочно-кишечного тракта, включая пищевую аллергию, паразитарные и воспалительные заболевания кишечника [2].

По распространенности эозинофильной инфильтрации, ЭК может протекать с поражением всего толстого кишечника или в отдельных сегментах толстой кишки. Клинические проявления ЭК зависят, в основном, от слоёв стенки толстой кишки, наиболее пострадавших от эозинофильной инфильтрации [2]. Слизистый вариант ЭК, наиболее распространенная форма, связан с повреждением слизистой оболочки и манифестирует мальабсорбцией, диареей и энтеропатией с потерей белка. Трансмуральный вариант ЭК, о нём сообщается реже, характеризуется утолщением стенки толстой кишки и проявляется остро, иногда, острой кишечной непроходимостью (инвагинация или заворот) или перфорацией. Серозный вариант ЭК, чрезвычайно редкая форма, проявляется асцитом, при котором эозинофилы являются преобладающим до 95% типом клеток в асцитической жидкости [1-3].

В то же время у части пациентов, исследованных при отсутствии выраженных желудочно-кишечных симптомов, выявлен заметный эозинофильный инфильтрат в lamina propria (собственной пластинке слизистой оболочки) толстой кишки [3]. Отсутствует диагностический консенсус относительно ЭК. В настоящий момент нет признанных критериев для различия эозинофильной плотности в слизистой толстой кишки в верхнем диапазоне нормы от диагностически значимого патологического увеличения эозинофилов при первичном ЭК, так и при вторичной эозинофилии стенки толстой кишки [1-3]. Нормальные значения эозинофильной плотности сильно различаются в различных сегментах толстой кишки - от менее 10 эозинофилов ( $\times 200$ ) в прямой кишке, до 30 и более ( $\times 200$ ) - в слепой кишке [1,3].

**Цель работы.** Оценить клиническую значимость эозинофильной инфильтрации слизистой толстого кишечника у гастроэнтерологических пациентов.

**Материал и методы.** Проведен анализ историй болезни пациентов гастроэнтерологического отделения УЗ ВОСКЦ с сопоставлением клинических данных и результатов фиброколоноскопии (ФКС) с биопсией слизистой толстой кишки за 2017-2019 годы. Случаи онкологической и хирургической патологии толстой кишки в анализ не включали. Биопсия слизистой проводилась, как правило, из не менее 3-х отделов толстого кишечника – ректосигмоидного отдела, нисходящей, поперечно-ободочной, восходящей и слепой кишки. Подсчет эозинофилов проводился в наиболее информативных полях зрения при увеличении как  $\times 200$ , так и  $\times 400$ . Статистическая оценка полученных данных проведена с помощью программного обеспечения MedCalc version 18.2.

**Результаты и обсуждение.** Общее количество проанализированных случаев ФКС - 306, из них было 197 случаев (64,4%; 95%ДИ 58,9-69,7) с нормальной гистологической оценкой слизистой толстого кишечника. С клиническим диагнозом воспалительного заболевания кишечника (ВЗК) обследовано 68 пациентов (22,2%; 95%ДИ 17,7-27,1), том

числе 51 пациент с язвенным колитом (ЯК) и 17 пациентов с болезнью Крона (БК), из них – у 30 пациентов (44,1%; 95%ДИ 32,4-56,2) обнаружена эозинофилия (повышенная эозинофильная плотность) слизистой толстой кишки, чаще в левых отделах (см. Таблица).

Отсутствовали выраженные локальные эндоскопические изменения у 238 пациентов (77,8%, 95%ДИ 72,9-82,3), в том числе, с клиническим диагнозом синдром раздраженной кишки (СРК) – 210 пациентов, без определенного предварительного диагноза – 28 пациентов, из них у 41 пациента (17,2%; 95%ДИ 12,7-22,3) выявлена эозинофилия слизистой толстой кишки. В этой группе эозинофилия чаще обнаружена в правых отделах толстой кишки, и в большинстве случаев наблюдали не резко выраженные пограничные значения уровня эозинофилии – 20-40 в поле зрения биоптата при увеличении  $\times 200$ .

Таблица – Оценка эозинофильной инфильтрации слизистой толстой кишки

Эозинофилия слизистой толстой кишки	Воспалительные заболевания кишечника (n=68)	Отсутствие эндоскопической патологии (n=238)	p (по F-критерию Фишера)
Всего случаев, в том числе	30	41	$<1,0 \times 10^{-5}$
в левых отделах	23	13	$<1,0 \times 10^{-4}$
в правых отделах	12	34	$<0,02$

Не выявлена корреляция между степенью эозинофильной плотности слизистой оболочки толстой кишки и выраженностью кишечных клинических проявлений, наличием либо отсутствием аллергии и паразитарных заболеваний, количеством эозинофилов в общем анализе крови.

**Выводы.** Эозинофилия слизистой толстой кишки, преимущественно в левых отделах, чаще ассоциирована с воспалительными заболеваниями кишечника (ЯК и БК). Эозинофилия в правых отделах толстой кишки несколько чаще ассоциирована с отсутствием видимой эндоскопической патологии.

#### Литература:

1. Alfadda, A.A. Eosinophilic colitis: an update on pathophysiology and treatment / A.A. Alfadda, M. A. Storr, E.A. Shaffer // British Medical Bulletin. – 2011. – Vol. 100. – P. 59–72.
2. Bates, A.W.H. Diagnosing Eosinophilic Colitis: Histopathological Pattern or Nosological Entity? / A.W.H. Bates // Scientifica, 2012. – 9 pp. Published online, <http://dx.doi.org/10.6064/2012/682576>. – Дата доступа: 17.10.2018.
3. Mehta, P. Eosinophils in Gastrointestinal Disorders: Eosinophilic Gastrointestinal Diseases, Celiac Disease, Inflammatory Bowel Diseases, and Parasitic Infections / P. Mehta, G. T. Furuta // Immunol. Allergy Clin. North Am. – 2015. – Vol. 35, № 3. – P. 413–437.

УДК 616.36-002.2

### ДИНАМИКА ЭЛАСТОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ПОЗИЦИОННЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ

*Данилова О.И., Назаров А.Ф., Пиманов С.И.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Введение.** Наличие или отсутствие фиброза печени, определение его стадии играет огромную роль для правильной постановки диагноза, объема лечения, представлении о